

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

839

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Félicien MASSONNAUD

Né le 20 mai 1908 à Le Dorat (Hte-Vienne)

ÉPITHÉLIOMAS BASO-CELLULAIRES
SYPHILOÏDES

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

15:4

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Félicien MASSONNAUD

Né le 20 mai 1908 à Le Dorat (Hte-Vienne)

ÉPITHÉLIOMAS BASO-CELLULAIRES
SYPHILOÏDES

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLJARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
TROISIER..... Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 FREY..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE. A MA BELLE-MÈRE

A MA SŒUR. A MON BEAU-FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DES MALADIES

CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

AGRÉGÉ SÉZARY

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*Qui m'a inspiré ce travail et
qui m'a aidé de ses conseils,
en signe de reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE
LIMOGES ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Le terme d'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde est tout récent. Nous ne le retrouverons guère que dans les communications que M. le Professeur agrégé Sézary et ses élèves, MM. Ducourtioux et Horowitz, ont faites dans le *Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie*, au sujet de cas :

d'épithélioma géant du dos, d'épithélioma baso-cellulaire, et de noévo-carcinome syphilides.

Cet épithélioma a reçu l'épithète de « syphiloïde » en raison de sa morphologie spéciale qui a de nombreux points communs avec les syphilides secundo-tertiaires tuberculeuses et ulcéro-tuberculeuses.

Le diagnostic se trouve être difficile dans certains cas. Cependant nous verrons que le plus souvent le diagnostic clinique peut être fait directement sans que l'on ait recours à la biopsie et à l'examen de laboratoire.

Tout à fait différent dans son aspect de l'épithélioma baso-cellulaire pagétoïde et de l'ulcus rodens, l'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde semble n'être

qu'une forme clinique de l'épithélioma plan cicatriciel.

Dès maintenant, nous pouvons dire qu'il se distingue de ce dernier par son bourrelet perlé induré, qui est de dimensions beaucoup plus considérables, de forme plus nettement polycyclique, par son extension centrifuge plus marquée, par sa partie centrale cicatricielle.

Nous avons observé nous-même à l'hôpital Saint-Louis dans le service de notre Maître, M. le Professeur agrégé Sézary, un cas d'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde survenu chez un homme de quarante huit ans dont nous rapportons plus loin l'observation. Il nous a semblé intéressant de reprendre l'étude de cette forme assez rare de l'épithélioma baso-cellulaire et d'insister sur les difficultés du diagnostic.

Il n'est pas rare en effet, que l'on prenne certaines syphilides tuberculeuses ou ulcéro-tuberculeuses pour un épithélioma et inversement.

Du Castel en 1901, insistait déjà sur les difficultés du diagnostic différentiel de l'épithélioma et de la syphilis de la face¹.

« Il vous semblera étrange qu'on puisse confondre un cancer de la face et une lésion syphilitique, cette erreur a été faite plus d'une fois. Le plus souvent une lésion syphilitique est prise pour un cancer : il est

1. Du Castel, *Annales*, **XXI**, 1901.

plus rare qu'un cancer soit pris pour une lésion syphilitique ; le fait pourtant n'est pas impossible ».

Fournier dans son *Traité sur la syphilis*, insistait lui aussi sur les difficultés du diagnostic entre les syphilides tertiaires et certains épithéliomas de la face. Il déplorait qu'on traitât trop souvent chirurgicalement des lésions qui relevaient exclusivement des injections mercurielles et citait des cas fort typiques.

L'intérêt de la question réside dans le fait qu'un diagnostic sûr et précoce est nécessaire, qui permettra de traiter la lésion diagnostiquée par une thérapeutique appropriée.

Dans le travail qui va suivre nous nous efforcerons de faire une description précise de la maladie et d'insister sur certains signes cliniques qui seront précieux pour l'élaboration du diagnostic.

Certes, de même que pour les syphilides tuberculeuses, il n'existe aucun signe pathognomonique capable de dénoncer à lui seul la nature cancéreuse d'une lésion cutanée, mais il y a des caractères majeurs éminemment propres à faire soupçonner l'origine épithéliomateuse et à fixer le diagnostic dans le plus grand nombre de cas.

Nous rapporterons des observations d'épithéliomas baso-cellulaires syphiloïdes publiés par M. le Professeur Sézary en collaboration avec ses élèves. Enfin, nous publierons une observation originale prise récemment dans le service de M. le Professeur agrégé Sézary.

EXPOSÉ DU PLAN

1^o Observation originale :

Epithélioma baso-cellulaire syphiloïde de la joue.

2^o Observation de M. le Professeur agrégé Sézary,
et de M. Horowitz :

Epithélioma baso-cellulaire géant du dos.

3^o Observation de M. le Professeur agrégé Sézary
et de M. Ducourtioux :

Epithélioma baso-cellulaire et noévo-carcinome
syphiloïdes.

4^o Caractères anatomo-pathologiques de l'épithé-
lioma baso-cellulaire syphiloïde.

5^o Caractères cliniques.

6^o Diagnostic.

7^o Conclusions.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

Epithélioma baso-cellulaire de la joue ¹

O...,A ristide, âgé de 48 ans, employé de chemin de fer vient consulter pour des lésions multiples siégeant sur la tempe droite, la lèvre inférieure et l'oreille gauche.

En 1931, le malade a remarqué l'apparition d'une petite excroissance cutanée et cornée au-dessus de l'arcade zygomatique droite. Cette petite tumeur a été excisée puis traitée par la radiothérapie dans le service de M. le Docteur Belot.

Pendant un an la guérison paraît complète ; il subsiste une petite cicatrice blanchâtre.

Il y a 18 mois apparition à l'angle externe de l'œil droit d'une croûtelette jaunâtre laissant sourdre un peu de pus blanchâtre.

Puis de nouvelles lésions croûteuses identiques à la première se développent quelques mois plus tard suivant un arc de cercle à concavité inférieure gagnant le bord supérieur de la région prétragienne.

Ces lésions croûteuses qui ont envahi progressivement la presque totalité de la tempe droite ont été traitées par des pommades dont le malade ne peut indiquer la nature et par de l'éther sulfurique.

1. Cette observation a été prise à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. le Professeur agrégé Sézary.

Le malade vient consulter dans le service de M. le Professeur agrégé Sézary au mois de septembre 1935. envoyé par un médecin d'une compagnie de chemin de fer.

A l'examen on constate l'existence de lésions ulcéro-croûteuses siégeant à la tempe droite.

Au centre de la lésion on constate une ulcération ovalaire à bords surélevés très durs, profonde, mesurant dans son plus grand axe 2 cm. de diamètre avec un fond recouvert d'une croûte mince, constituée sans doute par un mélange de sérosité et de pus qu'on fait d'ailleurs facilement sourdre à la pression.

Cette ulcération repose sur une base indurée.

A 2 cm. au-dessous de cette ulcération, il existe une dépression cicatricielle couverte dans sa partie inférieure par une croûte épaisse.

Entre l'ulcération centrale et l'angle externe de l'œil on note une ulcération couverte d'un tissu cicatriciel.

Entre l'ulcération centrale et le pavillon de l'oreille se trouve une épaisse croûte entourée d'un bourrelet.

En haut et à droite de l'ulcération un bourrelet très dur présentant au centre de la peau saine.

On prescrit au malade de la crème d'alibour : les croûtes tombent après quelques jours de traitement.

Actuellement à l'examen il n'existe aucune croûte.

La lésion centrale garde les mêmes caractères mais son fond est propre, d'une couleur uniformément rouge. Elle est entourée d'un bourrelet légèrement surélevé.

La lésion située en arrière de l'angle externe de l'œil garde son aspect déprimé cicatriciel. Son centre est occupé par un bourgeon charnu dur.

On trouve également à l'angle externe de l'œil et sur la ligne en arc de cercle qu'occupaient primitivement les croûtelles, de petits bourgeons charnus multiples, isolés les uns des autres et très durs.

D'autre part, l'ensemble des lésions est adhérent au plan profond, non mobilisable sur les plans sous-jacents.

On ne trouve pas d'adénopathies dans les territoires ganglionnaires correspondants.

La tumeur cutanée du pavillon de l'oreille s'est développée progressivement depuis 6 mois. Constituée d'abord par une petite plaie qui s'est infectée, ses caractères se sont peu à peu modifiés formant une petite tumeur qui a lentement grossi sans entraîner aucun signe fonctionnel notable.

Actuellement on trouve sur le pavillon de l'oreille gauche une tumeur conique dont le sommet et la face interne sont kératinisés. Cette tumeur déborde légèrement sur la face interne du pavillon. La pression éveille une douleur assez vive.

Il n'y a pas d'adénopathie dans le territoire correspondant.

De plus, depuis deux mois est apparue une lésion de la lèvre inférieure ayant débuté par une croûte qui s'est ulcérée par la suite. C'est une exulcération indurée partiellement croûteuse à son bord antérieur ; le fond est parsemé d'un piqueté opalin. Sur la moitié droite de la lèvre inférieure près du bord cutané-muqueux on trouve une petite croûte indurée.

Observation N° 2

Epithélioma baso-cellulaire géant du dos

Th... Lucien, mécanicien âgé de 54 ans, consulte le 8 février pour une vaste lésion cutanée occupant la région scapulaire dorsale gauche et datant de 1918.

A l'examen, on constate que cette lésion, grossièrement arrondie, cicatricielle en son centre est encore active à sa partie supérieure où elle forme une masse ovalaire, transversale, et à sa partie inférieure où elle dessine un énorme croissant à concavité supérieure. Ses dimensions maximales sont de 12 cm. de haut et de 11 cm. de large. Elle occupe à la fois la partie interne de la fosse sus-épineuse gauche,

la partie supérieure de l'espace inter-scapulo-vertébral et à droite elle déborde la ligne médiane de 2 cm. En hauteur, elle s'étend entre deux lignes menées horizontalement, l'une par la sixième vertèbre cervicale, l'autre par la quatrième vertèbre dorsale, passant à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate.

La partie centrale large comme une paume de main d'enfant, est cicatricielle, blanchâtre et lisse. La partie supérieure, ovale, mesure 6 cm. de large sur 4 cm. de haut ; de couleur rouge franche elle a des contours à peu près linéaires, bien arrêtés et bordés par un gros ourlet perlé. La partie inférieure forme un croissant de 11 cm. de large sur 3 cm. de hauteur. Ce croissant est étendu transversalement. Sa concavité embrasse la cicatrice centrale et ses deux cornes sont séparées de la partie supérieure de la lésion par un pont de tissu cicatriciel. Son bord inférieur dessine quatre arcs de cercle. Polycyclique comme certaines lésions syphilitiques, il est bordé par un assez gros ourlet perlé, plus ou moins volumineux selon les endroits. La surface de ce croissant est irrégulière, parsemée de squames, de croûtelles ; près de la corne interne on voit une zone arrondie, ulcérée, bourgeonnante, grande comme une pièce de un franc. Ces diverses formations sont très peu infiltrées à l'exception des bourrelets perlés périphériques. Il n'y a pas d'adénopathies axillaires ou cervicales. Le malade accuse un léger prurit mais pas de douleur.

Cette lésion s'est développée progressivement depuis 1918, en un point du dos où, d'après le malade, il existait un *nœvus verruqueux* (L'hypothèse d'un *nœvo-carcinome* ne peut cependant pas être envisagée un seul instant).

Elle a consisté d'abord en une masse saillante grande comme une pièce de 5 francs dont le malade a longtemps négligé le traitement. En 1931, elle fut en grande partie détruite par un emplâtre (?) prescrit par un médecin. Ses parties inférieure et supérieure auraient cependant échappé à l'action de ce topique ; elles se sont développées pour acquérir les dimensions qu'elles ont actuellement.

Pas d'antécédents syphilitiques avérés. Réactions de Hecht et de Meinicke négatives. Cataracte de l'œil droit depuis l'âge de 30 ans. Divers appareils normaux.

Une biopsie a été pratiquée sur la bordure perlée et sur la masse bourgeonnante du croissant inférieur. L'examen histologique a montré un épithélioma baso-cellulaire typique.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire géant du dos développé progressivement en 17 ans chez un malade ne présentant aucun signe clinique ou humoral de syphilis. Par suite de son étendue, de l'importance du bourrelet périphérique, de ses bords polycycliques, de sa partie centrale cicatricielle, et de son extension centrifuge, cet épithélioma a pu faire poser un moment le diagnostic de syphilide tuberculeuse.

Ce cas est intéressant d'abord par le caractère géant de l'épithélioma. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion très étendue, mais d'une lésion géante car le bourrelet perlé est lui-même bien plus volumineux que celui observé dans ce type de tumeur cutanée. La constatation d'un tel épithélioma est à signaler, car le plus souvent, dans cette région, les épithéliomas baso-cellulaires prennent le type superficiel pagétoïde.

Observation N° 3

Epithélioma baso-cellulaire et noevo-carcinome syphiloïdes

C..., âgé de 52 ans nous consulte pour une lésion du cuir chevelu datant d'un an et demi. Le cuir chevelu du malade est chauve et la lésion siège sur la région frontale gauche. Elle a la forme d'un anneau presque régulier, ferme à la palpation, saillant de un à deux millimètres suivant les endroits, de couleur pâle, non squameux. Son diamètre est celui d'une pièce de un franc. Cet anneau circonscrit

une zone cutanée, légèrement cicatricielle. La lésion a débuté par une petite élevation qui s'est progressivement étendue en se déprimant en son centre.

L'importance relative de l'anneau, ses légères irrégularités en imposaient pour une syphilide tuberculeuse. Mais la lenteur de l'évolution, la couleur des lésions étaient plutôt celles d'un épithélioma baso-cellulaire ; la vitropression ne donnait aucune indication.

Les réactions de Wassermann et de Hecht se montrèrent négatives. La biopsie montre un épithélioma baso-cellulaire typique.

En résumé, épithélioma baso-cellulaire du cuir chevelu apparu depuis 18 mois environ et ayant progressivement augmenté de volume. Là encore l'importance relative de l'anneau, ses légères irrégularités font croire à une syphilide tuberculeuse et c'est la biopsie qui vient éclairer le diagnostic.

Observation N^o 4

Noeveau carcinome syphiloïde

E..., âgé de 79 ans nous consulte en juillet 1934 pour une lésion arrondie de la dimension d'une pièce de 50 centimes siégeant à la queue du sourcil gauche. Cette lésion légèrement rosée et bordée par une partie surélevée polycyclique, parsemée de petites élevures rappelant celles d'un granulome annulaire. Sa base est infiltrée mais non dure. Elle n'est ni douloureuse ni prurigineuse.

L'affection a débuté il y a environ un an et s'étend progressivement sans aucune poussée brusque. En février on a fait le diagnostic de syphilide, diagnostic que l'aspect de la lésion, les antécédents du malade, sa réaction de Wassermann moyennement positive semblaient légitimer. Mais un traitement de 4 semaines par des injections mercurielles ne donna aucun résultat.

Le 23 juillet 1934 la petite tumeur a été largement enlevée au bistouri électrique (ondes amorties). L'examen histologique fait par M. Lévy-Coblentz, a montré qu'il s'agissait d'un noevo-carcinome non pigmenté.

Cette tumeur ne remonte sans doute qu'à quelques mois, elle a dû se greffer sur un nævus méconnu. La cicatrisation s'est faite en un mois.

Le malade a été revu par la suite et à ce jour il n'y a aucune récurrence.

En résumé, il s'agit d'un noevo-carcinome de la queue du sourcil gauche qui, par l'importance du bourrelet périphérique, par l'aspect polycyclique du contour, par suite des antécédents du malade et les signes humoraux a pu être pris pour une syphilide tuberculeuse. C'est devant l'échec du traitement spécifique qu'on fit une biopsie qui montra l'existence d'un noevo-carcinome.

Ce cas est particulièrement intéressant car il s'agit d'une lésion ayant l'aspect d'une lésion syphilitique apparaissant chez un spécifique avéré.

On conçoit donc la difficulté du diagnostic posé dans ces conditions et la nécessité de la biopsie pour infirmer un diagnostic paraissant évident.

CARACTÈRES DES ÉPITHÉLIOMAS BASO-CELLULAIRES SYPHILOIDES

1^o Caractères anatomo-pathologiques.

2^o Caractères cliniques.

I. *Caractères anatomo-pathologiques.*

Les caractères anatomo-pathologiques de l'épithélioma baso-cellulaire sont dominés par la notion de progression excentrique des lésions actives avec processus de cicatrisation centrale.

Au début. — Le tissu néoplasique est habituellement disposé en travées étroites et bosselées, dites à tube plein. Ces travées sont souvent ramifiées en plusieurs autres ou anastomosées en mailles étroites. Dans d'autres cas on trouve des dispositions plus complexes avec des amas contournés en folioles ou des lobules. Les lobules eux-mêmes peuvent porter des prolongements effilés.

Les travées épithéliomateuses proviennent de la prolifération des bourgeons interpapillaires, mais aussi des gaines épithéliales des follicules pilo-sébacés et des tubes sudorifères.

Les cellules constituant l'épithélioma baso-cellu-

laire dont l'épithélioma syphiloïde n'est qu'une forme clinique, sont en général petites, tassées, ovales ou fusiformes, mal délimitées, facilement colorables. Leur cytoplasme n'est pas filamenteux et par conséquent ne contient pas de filaments d'union sauf dans quelques cas exceptionnels.

Ces cellules ressemblent aux cellules basales de l'épiderme d'où le nom donné à ces tumeurs. Elles n'ont aucune tendance à la kératinisation.

Au centre de ces amas un peu volumineux on peut rencontrer de petits foyers nécrotiques qu'il ne faut pas confondre avec des blocs épidermiques.

Le stroma est variable, souvent fibreux, parfois embryonnaire ou muqueux.

A la période d'état. — Ce qui avant tout caractérise l'anatomie pathologique de cette période d'état, c'est que l'on se trouve en présence d'un centre cicatriciel tandis que la zone périphérique est en pleine activité.

A. 1. Le centre est cicatriciel. — On trouve du tissu de sclérose avec des fibres collagènes multiples, de la télangiectasie et une épidermisation superficielle d'apparence normale mais mince.

2° On ne retrouve plus de boyaux cancéreux qui ont été éliminés et étranglés par la sclérose envahissante.

B. A la périphérie. — La périphérie est une zone active qui se caractérise par des lésions jeunes iden-

tiques à celles que nous avons décrites à la période de début, à savoir :

- a) Des boyaux de cellules baso-cellulaires intacts.
- b) Des boyaux de nécrose et de petites ulcérations.
- c) Enfin, un processus cicatriciel jeune.

Conclusions. — L'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde est un épithélioma dans lequel la nécrose des éléments est à ce point poussée qu'elle peut faire disparaître toute cellule cancéreuse.

On assiste à une véritable guérison locale qui s'est associée à un processus cicatriciel intense.

Sur les bords seulement, progressent de façon excentrique des lésions jeunes en voie de nécrose et de cicatrisation.

II. *Aspect clinique de l'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde.*

L'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde se rencontre plus communément chez l'homme que chez la femme.

Il survient en général chez des individus qui ont dépassé quarante ans.

Siège. — Le siège le plus habituel des épithéliomas est sur les deux tiers supérieurs de la face. On peut les rencontrer aussi, mais plus rarement sur les lèvres, sur la langue, au pharynx, sur la poitrine, sur les organes génitaux etc..

Nous avons rapporté plus haut une observation dans laquelle le siège d'un épithélioma géant se trouvait sur le dos.

L'épithélioma syphiloïde se caractérise par sa lenteur d'évolution. Sa durée est pour ainsi dire illimitée et porte sur des mois, parfois sur des années.

Il n'est pas rare d'en rencontrer qui ont mis dix ou vingt ans à s'accroître, quelquefois même davantage.

La malignité de ce cancer est purement locale.

L'affection pourra donner lieu à des lésions fort étendues voire à des mutilations énormes : il n'y aura jamais de retentissement ganglionnaire, ni de métastases viscérales, et l'état général ne sera pas atteint. Le malade ne s'inquiètera pas de cette lésion qui ne le fait pas souffrir.

Description de l'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde

Ce qui frappe à la vue d'un épithélioma syphiloïde c'est l'aspect nettement polycyclique des bords qui contrastent avec la cicatrisation du centre de la lésion.

Cet aspect est bien fait pour rappeler au premier chef l'aspect des syphilides secundo-tertiaires tuberculeuses et tuberculo-ulcéreuses.

1. *La périphérie.* — La périphérie se caractérise par :

a) Sa forme qui est très nettement délimitée. Elle est polycyclique mais assez irrégulièrement, le pro-

cessus extensif ayant tendance à prédominer d'un côté plutôt que d'un autre côté.

b) La présence d'un bourrelet très épais marqué par des perles épidermiques fines qui sont perceptibles à la palpation sous forme de petits grains durs qui font une légère saillie sur les téguments voisins.

c) La couleur qui diffère peu de celle de la peau saine mais qui est en opposition très nette avec l'aspect cicatriciel de la région centrale.

d) A la vitro-pression on constate que les perles s'écrasent mal, prennent une coloration grisâtre un peu nacré, proche de la coloration de la peau du voisinage.

e) La palpation montre que le plus souvent le bourrelet adhère à la profondeur et qu'on ne peut le mobiliser sur les plans sous-jacents.

f) Enfin, la présence de petites ulcérations qui sont situées un peu à l'intérieur du bourrelet.

Caractères des ulcérations.

a) Les ulcérations sont en général peu profondes. Elles entament légèrement le derme. Elles sont planes et granuleuses et n'envahissent que très lentement les parties voisines.

b) Elles sont irrégulières, arrondies ou ovalaires et reposent sur une base indurée sans excès.

c) Leurs bords sont surélevés, adhérents, entourés eux-mêmes d'un bourrelet fait de petites perles épithéliomateuses juxtaposées.

La bordure est saillante et ses caractères rappellent ceux que nous avons décrits plus haut pour la périphérie.

d) Le fond est plat ou granuleux, saignant plus ou moins facilement, parfois recouvert d'une petite lésion cicatricielle ou d'une croûte mince constituée sans doute par un mélange de sérosité et de pus qu'on peut faire sourdre facilement par la pression.

e) Souvent l'ulcération est recouverte d'une croûte grisâtre mince et légèrement adhérente, qui est enchâssée dans la peau à la façon d'un verre de montre, et qu'il faut enlever pour voir la lésion sous-jacente.

II. *La partie centrale.* — Ce qui caractérise avant tout la partie centrale c'est son aspect cicatriciel.

a) Cette cicatrice est blanche ou rosée, nacrée, non déprimée en son centre.

La peau y est mince, brillante, le grain en a disparu.

La cicatrice est souple, les parties environnantes sont peu infiltrées et souvent des télangiectasies dessinent à sa surface des arborisations rouges.

b) Dans la plupart des cas cette zone cicatricielle est bordée de petites ulcérations qui possèdent les mêmes caractères que les ulcérations décrites plus haut et qui sont d'un gros intérêt au point de vue diagnostique.

Dans d'autres cas on trouve autour de la zone centrale cicatricielle un gros ourlet perlé caractéristique.

EXAMEN GÉNÉRAL

Le caractère de ces lésions épithéliomateuses est de ne jamais avoir de retentissement ganglionnaire.

L'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde ne s'accompagne pas d'adénopathies et ne donne pas lieu à des métastases viscérales. Cependant on peut rencontrer des adénopathies du type purement inflammatoire et qui n'ont aucun rapport avec la néoplasie. Elles sont dues à des infections surajoutées et en particulier à l'incurie et au manque d'hygiène.

Quelle devra être l'attitude du médecin en présence d'une pareille lésion ?

Nous croyons qu'il sera sage de pratiquer les réactions humorales de la syphilis et de rechercher les signes viscéraux de syphilis acquise ou héréditaire, non parce que nous croyons qu'il existe un terrain syphilitique cancérigène, — l'étude de la question est encore peu avancée, — mais parce que certaines syphilides ressemblent à s'y méprendre à des épithéliomas syphiloïdes et que souvent le diagnostic ne peut être fait qu'à la lumière des examens de laboratoire.

FORMES CLINIQUES

Il existe deux grandes formes cliniques de l'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde :

- a) Une forme ulcéreuse ;
- b) Une forme purement cicatricielle.

a) *Forme ulcéreuse.*

Dans cette forme l'ulcération occupe tout le tableau clinique. On se trouve en présence d'une ulcération très développée, arrondie ou ovalaire pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre. Elle a tendance à creuser dans la profondeur, mais néanmoins elle est entourée d'un gros bourrelet perlé.

Elle est marquée au moins sur l'un de ses bords d'une zone cicatricielle. Certains aspects qu'elle prend légitiment l'emploi du terme « forme serpiginieuse » dont on la qualifie.

b) *Forme purement cicatricielle.*

C'est la forme dans laquelle seule une bordure perlée que l'on perçoit par la palpation à la périphérie de la zone cicatricielle témoigne de la nature cancéreuse de la lésion.

Pendant on rencontre toujours quelques petites ulcérations plus ou moins nombreuses à la périphérie.

ÉVOLUTION

1. *Le début.* — On observe rarement l'épithélioma baso-cellulaire à la période de début.

En général, cela commence par une petite production hyperkératosique. Les malades ne se soucient guère de cette lésion cutanée si bénigne, ils l'écorchent à la longue mettant ainsi à nu une petite ulcération peu profonde qui saigne plus ou moins facilement. Cependant déjà un examen minutieux montrerait sur la bordure épaissie de cette ulcération une floraison de perles fines.

2. *L'évolution* est très lente, progressive et excentrique, avec cicatrisation centrale, zone active à la périphérie, marquée du double processus de prolifération et de nécrose cellulaire.

Cette évolution caractéristique explique l'apparence polycyclique que prend la bordure périphérique des lésions.

Celles-ci se développent lentement et mettent des mois, parfois des années, à atteindre des proportions notables allant de la taille d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de vingt francs. Dans l'une des observations de M. le Professeur agrégé

Sézary, que nous avons rapportée plus haut, la lésion cutanée occupait la région scapulaire dorsale gauche, s'était développée progressivement depuis 1918 pour atteindre 17 ans plus tard les dimensions suivantes : 12 centimètres de haut, 11 centimètres de large, occupant à la fois la partie interne de la fosse sus-épineuse, la partie supérieure de l'espace inter-scapulo-vertébral et à droite débordant la ligne médiane de deux centimètres. En hauteur elle s'étendait sur deux lignes menées horizontalement l'une sur la sixième vertèbre cervicale, l'autre par la quatrième vertèbre dorsale et passait à deux travers de doigt au-dessus de l'épine de l'omoplate.

La partie centrale cicatricielle peut aussi atteindre des proportions inhabituelles. Dans le même épithélioma géant du dos la partie cicatricielle, blanchâtre et lisse avait la dimension d'une paume de main d'enfant. Sa couleur était d'un blanc sale et sa surface lisse.

Ce qui frappe surtout dans l'évolution de cet épithélioma baso-cellulaire c'est la disproportion flagrante qui existe entre l'étendue des lésions cutanées et la bénignité des symptômes fonctionnels : on notera parfois une sensation de prurit plus ou moins marquée.

Pratiquement il n'existe aucune douleur. Le malade n'attachera pas grande importance à cette lésion qui lui semble banale, et cependant l'épithélioma évoluera lentement pouvant causer à la longue des mutilations

énormes et hideuses. L'état général n'est jamais touché, les malades continuent de se bien porter.

La scène pathologique se résume en ceci : une dermatose et rien de plus.

Pas de troubles généraux, pas de troubles locaux, telle est la règle.

Il n'y a pas de troubles locaux, pas de douleurs, pas de retentissement sur les lymphatiques ou sur les ganglions.

Les lésions ne sont guère douloureuses qu'au moment du pansement ou, lorsque le malade fait ses ablutions, par contact de l'eau chaude ou froide.

Les douleurs sont le fait d'excitations surajoutées dues à des topiques irritants, à l'incurie et à la saleté. C'est à cette même incurie que l'on doit certaines adénopathies qui n'ont rien à voir avec l'épithélioma et qui sont du type purement inflammatoire.

Il n'y a pas de troubles généraux. Le malade remarque sans y attacher grande importance cette petite lésion cutanée qui ne l'empêche pas de se bien porter.

Nous insistons sur ce caractère insidieux et sournois de l'épithélioma baso-cellulaire. Le diagnostic devra être fait précocément alors que tous les espoirs de guérison seront permis, cette forme de cancer étant particulièrement radio-sensible.

TERMINAISON

La mort pourra survenir par rupture d'un gros vaisseau et hémorragie parfois foudroyante, ce cancer siégeant sur les deux tiers supérieurs de la face, ou bien par une broncho-pneumonie de déglutition.

ÉPITHÉLIOMA BASO-CELLULAIRE SYPHILOÏDE

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des épithéliomas baso-cellulaires syphiloïdes pose avant tout le diagnostic des lésions syphilitiques tuberculeuses à développement excentrique.

Ce diagnostic est à faire essentiellement avec les syphilides secondaires tuberculo-ulcéreuses.

En effet, les syphilides tuberculeuses ont en gros une évolution qui rappelle l'évolution des épithéliomas baso-cellulaires syphiloïdes.

a) Le début est marqué par l'apparition de quelques tubercules syphilitiques qui sont étroitement groupés.

b) On note comme pour l'épithélioma syphiloïde une tendance très marquée à la prolifération périphérique qui conduit à la formation d'un gros bourrelet polycyclique très épais, d'aspect inflammatoire volontiers squameux, composé de tubercules qui sont plus ou moins confluent.

c) La cicatrisation se fait à la partie centrale avec production d'un tissu cicatriciel où la peau est adhérente et se plisse difficilement.

d) Sur cette partie cicatricielle on note une absence presque constante d'éléments en évolution.

e) Dans les syphilides tuberculo-ulcéreuses il n'y a pas de réaction ganglionnaire de même que dans l'épithélioma baso-cellulaire, et l'état général n'est pas touché.

Dans certains cas le diagnostic pourra être facile : dans d'autres il sera impossible cliniquement et seule une biopsie tranchera la question.

Comme éléments de diagnostic on se servira de ces arguments.

1. Dans les syphilides tuberculeuses on trouvera :

Des tubercules beaucoup plus gros ayant un corps, de couleur spéciale, souvent rouge cuivre. Ils seront volontiers squameux.

2° On notera l'absence d'éléments dans la région cicatricielle « le centre est au contraire souvent déprimé, un peu adhérent en profondeur et se plisse difficilement ; il peut être franchement sclérosé ou parsemé d'étoiles et de stries cicatricielles ; sa couleur est plutôt terreuse que blanche, souvent bigarrée, de teinte violacée ou brune.

La réapparition de tubercules sur la cicatrice est rare dans les syphilides tuberculeuses »¹.

3° L'évolution des syphilides est plus rapide que celle de l'épithélioma baso-cellulaire malgré qu'elle soit assez lente.

4° Enfin, les signes de syphilis viscérale ou humorale viendront créer une présomption malgré que, comme nous l'avons vu pour notre malade porteur d'un névome carcinome siégeant à la queue du sourcil gauche, la syphilis et l'épithélioma peuvent coexister.

II. *Les syphilides tuberculeuses sont d'un diagnostic plus difficile.*

Le diagnostic est plus difficile parfois même impossible cliniquement avec les syphilides tuberculo-ulcéreuses parce qu'il y a des ulcérations sur le contour polycyclique.

Caractères de l'ulcération.

a) L'ulcération syphilitique possède un bourrelet saillant, dur, polycyclique, plus épais que celui de l'ulcération épithéliomateuse.

b) L'ulcération syphilitique est toujours une ulcération creuse, plus profonde que celle de l'épithé-

1. Fournier, *Traité sur la syphilis*.

lioma, excavée, car elle succède à une lésion qui a infiltré la peau, parfois même jusque dans la profondeur.

C'est une ulcération du type circiné, tantôt rude, tantôt arciforme, en croissant, en segment de circonférence, en demi lune, tantôt polycyclique c'est-à-dire avec un contour où se dessinent plusieurs segments de cercles et résultants de la fusion de plusieurs foyers tuberculeux arciformes.

Elle est taillée à l'emporte-pièce, ses bords sont bien nets, bien découpés, presque verticaux par rapport aux téguments, toujours adhérents, non décollés et non flottants, entourés souvent d'une couronne d'infiltrat creusée dans la gomme qui lui a donné naissance.

Elle repose sur une base indurée.

c) Enfin, et c'est un caractère presque pathognomonique, le fond de cette ulcération est bourbillonneux. Il est parfois tapissé d'un enduit crémeux jaune ou jaune verdâtre, restes de la désorganisation de l'infiltrat gommeux et recouvert des détritux bourbillonneux.

d) Ces ulcérations sont recouvertes parfois d'une croûte très épaisse noire, verdâtre, dure et adhérente quelquefois ostréacée. On peut rencontrer des ulcérations atypiques. Elles sont en général uniques, de forme variable, mais adoptent le plus souvent le mode

polycyclique ; elles sont alors ovalaires ou en croissant. Leurs bords sont réguliers, dessinent d'assez grandes arcades et sont souvent relevés par un bourrelet dur, épais, volumineux.

A l'opposé des précédentes, ces ulcérations sont moins creuses, leur fond est inégal, parfois cicatriciel au centre.

Leur base comme dans l'ulcération précédente est indurée, mais d'une induration plus difficile à percevoir.

Comme signes distinctifs, ces ulcérations atypiques possèdent des contours très polycycliques, un bourrelet épais et fortement induré, une induration parcheminée de leur base.

On remarquera que ces caractères ont de nombreux points communs avec ceux que nous avons décrits pour l'épithélioma syphiloïde. On conçoit donc que parfois le diagnostic difficile ne pourra être établi qu'à l'aide du laboratoire.

Dans des cas plus faciles on sera guidé par le fait que les tubercules syphilitiques sont plus fermes, plus durs que les perles épithéliomateuses.

D'autre part, on pourra trouver des tubercules syphilitiques intacts à côté des ulcérations qui prêtent à discussion et, cliniquement ceci viendra renforcer le diagnostic en faveur d'une étiologie syphilitique. Dans la plupart des cas cependant on fera une biopsie.

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma baso-cellulaire syphiloïde possède les mêmes caractères histologiques que l'épithélioma plan cicatriciel dont il semble n'être qu'une variété clinique.

2° Il se différencie cependant de ce dernier par un bourrelet périphérique plus épais, par le polycyclisme fortement accusé de ses bords et par son infiltration plus marquée.

3° La ressemblance de l'épithélioma syphiloïde avec des syphilides papuleuses et tuberculeuses circonscrites justifie l'épithète de syphiloïde qu'on lui donne.

4° Cette forme est intéressante à connaître en raison du diagnostic différentiel qui se pose avec les syphilides papuleuses et tuberculeuses circonscrites, diagnostic le plus souvent plein de difficultés, souvent même impossible.

Dans ces cas, la clinique se montrera impuissante à établir le diagnostic. On aura recours à la biopsie qui, dans le cas d'un cancer, montrera la formule histologique de l'épithélioma baso-cellulaire.

Vu, le Doyen,
ROUSSY.

Vu, le Président de la Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Darier. — *Précis de dermatologie*, Masson, 1928.

Fournier. — *Traité sur la syphilis*, Paris, 1900.

Dessaux et Boutelier. — *Traité pratique de dermato.*
Masson, 1928.

Du Castel. — *Semaine médicale*, 1901.

Sézary et Ducourtioux. — *Bull. Soc. franç. de derm. et de syph.* N° 3. Mars, 1935.

Sézary et Horowitz. — *Bull. Soc. franç. de derm. et de syph.* N° 3, mars, 1935.

Colman. — *Urol. and cutan review*, XXXV n° 8.

Wise. — *Arch. of Derm. and syphil.* vol. XIX, N° 1, janvier 29.

Boardman. — *New England Derm. Soc.* 10 décembre 1924.

